



# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO



## ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:

**OBLIGATORIO**

Leí este formulario y entiendo que:

- el Miembro de IEHP puede revocar este nombramiento en cualquier momento y designar a otro(s) individuo(s) para que actúe(n) como su representante autorizado;
- no tengo facultades para actuar en nombre del Miembro, excepto para los servicios de IEHP que se mencionaron anteriormente;
- no puedo transferir o reasignar mi nombramiento.

Certifico que:

- nunca he sido objeto de una descalificación, suspensión o prohibición para recibir servicios profesionales ante la Administración del Seguro Social (*Social Security Administration*) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*).
- No estoy, en calidad de empleado actual o anterior de los EE. UU., descalificado para actuar como el representante autorizado del Miembro

Al firmar a continuación, acepto por medio del presente documento, este nombramiento:

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## FIRMA DEL MIEMBRO:

**OBLIGATORIO**

Al firmar a continuación, autorizo por medio del presente documento, este nombramiento:

\_\_\_\_\_  
Firma del Miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

**POR FAVOR, CONTESTE TODAS LAS SECCIONES, FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO A:**

**Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services  
P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729  
Fax: 909-890-5877  
Correo electrónico: [MemberServices@iehp.org](mailto:MemberServices@iehp.org)**